

Cinquante années de psychiatrie à l'UCL

par Léon Cassiers (1930 - professeur émérite 1995)



Les progrès de la psychiatrie

L'histoire de la psychiatrie à l'UCL ne se comprend que resituée dans l'histoire générale de cette discipline au fil des 50 dernières années. Nous commencerons donc par retracer celle-ci.

La première moitié du siècle avait vu naître la psychanalyse (1900/1910), comme traitement des névroses et intelligence des structures du psychisme, la cure d'insuline (1929) comme traitement des schizophrénies, et l'électrochoc (1936) comme traitement des dépressions. L'efficacité de ces thérapeutiques restait limitée, en particulier dans les affections sévères. L'apparition du premier neuroleptique, la chlorpromazine (largactil), en 1952, a entamé une véritable révolution dans le devenir des maladies mentales.

Le largactil puis l'haloperidol et leurs dérivés divers ont permis de contrôler les angoisses de dissociation et l'agitation délirante des psychotiques (schizophrénies, manies, bouffées délirantes, paranoïas, etc.). Les neuroleptiques modernes améliorent même l'autisme, ou retrait des malades hors de la communication. Ces médications contrôlent en outre, dans une certaine mesure, l'évolution destructrice du psychisme qu'entraînaient les schizophrénies, au point que le terme de "démence précoce" qui les désignait dans les traités classiques a disparu de la nosographie. Il en est résulté une transformation radicale des asiles. "Fosses aux serpents" en tant que lieux de

bruit, fureur, contention, enfermement, ils se sont transformés en hôpitaux psychiatriques le plus souvent ouverts, voués aux traitements et à la resocialisation. Quelques années plus tard (1956), l'apparition des antidépresseurs, IMAO (Inhibiteurs de la MonoAminoOxydase), et tricycliques, ont permis de soigner avec efficacité la plupart des dépressions, et les progrès continuent avec le développement de nouvelles molécules. Quelques années plus tard encore, vers 1960, apparaissent les benzodiazépines dont les multiples variations permettent de soulager les angoisses névrotiques et d'induire le sommeil infiniment mieux que ne le faisaient auparavant les barbituriques.

Loin de supplanter les traitements psycho- et sociothérapeutiques, l'efficacité des médicaments psychotropes les a rendus plus nécessaires que jamais. En effet, si les médications effacent ou atténuent les symptômes, elles n'ont aucun impact sur les problèmes psychologiques et sociaux qui, tantôt sont à l'origine des maladies mentales, tantôt en sont la conséquence. Pour aider les patients à leur nécessaire restructuration psychologique et sociale se sont ainsi développées au cours des cinquante dernières années de multiples techniques thérapeutiques relationnelles. On a vu apparaître, à côté de la psychanalyse, les thérapies de groupe, la thérapie familiale, les psychothérapies brèves, diverses formes de sociothérapie et les thérapies de conditionnement. Les institutions psychiatriques se sont, elles aussi, profondément modifiées. En 50 ans, cette triple évolution de la psychiatrie, pharmacologique, psychothérapeutique et institutionnelle, a transformé le devenir des maladies psychiatriques.

Évolution à l'UCL

Pour les non-initiés, il est difficile de percevoir combien l'étude des maladies mentales, et, en corollaire, la compréhension du psychisme normal, interrogent le psychiatre et le psychologue sur sa propre structure psychique et sur les idéologies dominantes qui ont cours dans la société. Quelques exemples : Freud s'est interrogé sur le statut de la religion comme névrose obsessionnelle collective ("L'avenir d'une Illusion" 1927). E. De Greeff, très célèbre professeur de criminologie à l'UCL, a étudié les rapports des préoccupations religieuses avec les tendances dépressives. Les rapports de la maladie mentale avec la délinquance interrogent sur les fondements psychiques du sens moral, et de là sur toute l'éthique (L. Cassiers : "Le Psychopathe Délinquant" 1969). Le traitement des déviations sexuelles pose la question de la normalité, mais aussi de la moralité des conduites sexuelles (H. Ey "Perversité et Perversions" 1950). Les classes défavorisées sont surreprésentées dans les hôpitaux psychiatriques par rapport aux milieux aisés, posant par là la question des déterminants socio-économiques des maladies mentales. Tout le courant

"antipsychiatrique" des années 60 et 70 s'est attaché à cette question. De tels exemples peuvent être multipliés.

En outre, le psychisme est de nature essentiellement subjective, et n'est partiellement objectivable que par l'interprétation des dires, des comportements et - rarement - des réactions physiologiques des personnes. Ceci donne à la psychiatrie un statut d'étrangeté au sein d'une Faculté de médecine, vouée à l'observation scientifique objective du corps.

Cette double étrangeté de son statut, philosophique et scientifique, crée facilement de l'incompréhension et même de la méfiance envers la psychiatrie au sein des institutions universitaires. Tel a été le cas à l'UCL pendant la première moitié du siècle, malgré une longue tradition chrétienne de soins caritatifs aux malades mentaux. Parce que la psychanalyse et quelques autres théories du psychisme qui fondaient la psychiatrie paraissaient peu scientifiques, mais plus encore parce qu'elles mettaient en question le statut psychique de certaines convictions religieuses, l'UCL avait montré de grandes réticences au développement de la psychiatrie en son sein. Ainsi, la consultation de psychiatrie, à Leuven, restait située dans des bâtiments mal entretenus du XVIII^e siècle, tandis que l'hospitalisation se faisait dans deux asiles, Bierbeek et Lovenjoel *. À partir de l'après-guerre, quelques professeurs se sont efforcés de remonter ce courant : au premier chef les Prs J. Schotte et A. Vergote à la Faculté de psychologie, le Pr A. De Waelhens à l'Institut de philosophie, le Pr E. De Greeff à l'École de Criminologie, et le Pr Ch. Rouvroy qui les accueillait dans l'organisation de multiples séminaires au sein du service de psychiatrie. Au décès de ce dernier, en 1967, les mentalités avaient assez évolué pour que soient nommés comme enseignants trois psychiatres désireux de moderniser cette discipline au sein de l'UCL et en Faculté de médecine : les Prs P. Guilmot, J.-P. Legrand et L. Cassiers.

L'histoire de la psychiatrie à l'UCL au cours des cinquante dernières années a ainsi d'abord été celle de la modernisation de son personnel et de ses structures de soins, tout en contribuant à la modernisation de la psychiatrie dans le pays et surtout à Bruxelles. En 1967, feu le Pr P. Guilmot (1923 - † 1990) fondait à Woluwe le Centre de santé mentale "Chapelle-aux-Champs", consacré au développement de la psychiatrie ambulatoire, et foyer de réflexion sur la psychiatrie actuelle. Ce Centre a collaboré à la fondation des Centres de santé mentale de Saint-Gilles, de Woluwe-Saint-Lambert (WOPS), d'Auderghem et de Braine-l'Alleud. Il a fondé ceux de Woluwe-Saint-Pierre ("Le Chien Vert") et de Saint-Josse-ten-Noode ("Le Méridien"), qui lui restent encore actuellement attachés. Il a largement participé à la

* L'institut de Bierbeek, géré par les Frères de la Charité était réservé à l'hospitalisation des hommes, celui de Lovenjoel à celle des femmes (voir pages précédentes).

création du Centre de Santé Mentale de Louvain-la-Neuve, actuellement dirigé par le Pr Ph. Meire. Il a collaboré à la création d'un Centre de jour ("Le Gué") et d'un Centre de nuit (associé au WOPS). Il a étroitement collaboré à la fondation de deux centres pour le traitement des toxicomanes ("Le Solbosch" et "Enaden"). Il a fortement contribué, tout récemment encore, à la fondation d'un planning familial sur le site de Woluwe ("Faculté d'Aimer").

Le Centre Chapelle-aux-Champs est devenu, parallèlement à ces développements, un très important foyer de pratique, de réflexion et de formation, ouvert à tous les psychiatres et psychologues francophones, dans de nombreux domaines : la psychanalyse des enfants (Dr D. Desmedt du Toict), la thérapie de groupe par le psychodrame (Pr P. De Neuter), la thérapie familiale que le service a introduite en Belgique (Pr P. Fontaine et Mme E. Tilman), la thérapie des assuétudes (Pr J.-P. Roussaux), la maltraitance des enfants (Pr J.-H. Hayez), la psychiatrie de crise (Pr L. Cassiers et feu le Pr M. Declercq [† 2000]), la prise en charge institutionnelle des enfants et des handicapés mentaux (Mme Cl. Morelle). Parallèlement, il développait la diversité de ses spécialisations : à côté des secteurs pour les enfants (Prs P. Fontaine et J.-H. Hayez), il a créé une consultation pour les adolescents (Pr Ph. van Meerbeeck), pour les délinquants (feu le Pr J.-P. Legrand et Dr F. Legein) et pour la gérontopsychiatrie (Pr Ph. Meire). De deux à trois mille consultations par an en 1968, le Centre Chapelle-aux-Champs en assure 35 000 par an à l'heure actuelle. Ce mouvement de spécialisation et ces efforts de formation dans tous les domaines ont abouti à la création, par une association entre les Facultés de médecine et de psychologie, du certificat spécial de psychothérapie, premier du genre en Belgique.

Si le développement de la psychiatrie extrahospitalière était indispensable, il ne fallait pas oublier la modernisation de l'hospitalisation psychiatrique. Le service s'est efforcé de créer des unités de psychiatrie dans les hôpitaux généraux, à commencer par les cliniques universitaires Saint-Luc, qui y ont consacré 24 lits. Ce service a été orienté prioritairement vers le traitement des états psychiatriques aigus (Pr L. Cassiers, Pr A. Seghers et Dr B. Lapy), en lien avec la prise en charge des urgences. La psychiatrie de liaison dans tous les autres services de Saint-Luc a été développée (Pr P. Jonckheere, Drs A. Roelandts, A. Luts et Mme M. Van Den Bossche). Sous l'impulsion des Prs J.-P. Roussaux et A. Seghers, plus récemment, une consultation psychiatrique pour adultes (actuellement 19 000 consultations/an) est venue compléter la consultation pour enfants qui y fonctionnait déjà (Pr J. Serrano et Dr D. Charlier).

Depuis 1993 un Centre thérapeutique pour Adolescents est venu compléter ce dispositif (Pr Ph. van Meerbeeck et Dr E. Manouvrier).

Pendant de nombreuses années a existé le projet de construire, sur le site, un hôpital psychiatrique d'une centaine de lits. Les obstacles politiques administratifs et financiers n'ont pas pu être surmontés et le projet ne s'est pas réalisé. Pour le remplacer, le Pr L. Cassiers a décidé de développer des services universitaires de psychiatrie dans d'autres hôpitaux.

Aux cliniques universitaires de Mont-Godinne a été créé, en association avec le service de médecine interne, un service de psychosomatique de 15 lits, premier du genre en Belgique (Prs. Ch. Reynaert et P. Janne).

En 1983, le service de psychiatrie de l'Institut Neurologique Belge (30 lits), à la clinique Europe Saint-Michel, a été repris et transformé par les Prs J.-P. Roussaux et Ph. Meire. Il est actuellement dirigé par le Dr D. Hers, qui lui a donné, outre sa fonction en psychiatrie générale, une spécificité dans le traitement des troubles des conduites alimentaires et des assuétudes.

En 1988, sous l'impulsion du Pr Ph. Meire, des Drs P. De Bus et Ch. Burquel, le service de psychiatrie a ouvert 30 lits de psychiatrie générale à la clinique Saint-Jean, au centre de Bruxelles.

Enfin le service de psychiatrie a continuellement entretenu des rapports avec la Faculté de médecine de Cotonou au Bénin (Prs R. Ahyi et Th. Agossou). En association avec les Facultés de médecine françaises, il a participé à l'enseignement de la psychiatrie dans de nombreux pays d'Afrique Noire. Avec de nombreux psychiatres et enseignants d'Amérique Latine, il a créé entre plusieurs universités et centres de traitement un réseau d'aide et d'enseignement, REBLASAM, particulièrement orienté vers les "enfants des rues" (Réseau Belgo-Latino-Américain de Santé Mentale).

Pour maintenir la cohérence et un même esprit entre toutes ces créations, il est devenu nécessaire d'en formaliser la coordination. Le Pr X. Renders et M. F. Martens, psychologues, ont été les principaux artisans de la réflexion qui a conçu l'association née en 1994 sous le nom "APSY-UCL". Celle-ci réunit, par l'adhésion à une même charte, toutes les parties du service de psychiatrie. Le Pr L. Cassiers en a été le premier président. Elle est dirigée actuellement par Pr J.-P. Roussaux. En 50 ans, le service de psychiatrie UCL s'est ainsi doté d'un outil complet, de traitement et de formation, couvrant tous les secteurs de la spécialité tant en hospitalier qu'en ambulatoire, qui assure à l'UCL son rayonnement tant national qu'international. On le doit à la compétence, mais aussi à l'enthousiasme et à l'esprit

d'entente de tous les promoteurs de ce développement qui ont su surmonter les innombrables difficultés politiques, administratives et financières que rencontrait une telle entreprise. Ce développement n'a pu se faire, bien évidemment, que grâce au soutien constant des autorités des cliniques universitaires Saint-Luc et de l'UCL parmi lesquelles il faut citer en tête le Pr J.-J. Haxhe, coordonnateur général des Cliniques, et M. Jean Hallet, à l'époque président du conseil d'administration de l'UCL.

Le développement scientifique

On l'aura compris en lisant ce qui précède, le service de psychiatrie a développé ses recherches principalement dans les domaines psycho- et sociothérapeutiques. Innombrables sont les articles, les livres et les exposés qui ont été produits par les membres du service au cours de ces 50 dernières années. Renouant avec une tradition universitaire que le service avait abandonnée depuis plus de trente ans, de nombreuses thèses d'agrégation en Médecine et de doctorat en Psychologie ont été réalisées. Une collection spécialisée a été créée avec la collaboration des éditions De Boeck-Université (près de 25 ouvrages publiés) tandis que certains livres étaient également publiés chez divers éditeurs français. À l'initiative de membres du service a été fondée, avec des psychiatres français, suisses et canadiens, la première revue francophone de thérapie familiale. Ces publications se sont faites presque exclusivement en langue française. Plus récemment, dans le domaine de la psychiatrie générale et celui des assuétudes avec le Pr J.-P. Roussaux, dans le domaine des dépressions et de la psychiatrie d'urgence avec feu le Pr M. Declercq, et dans le domaine psychosomatique avec les Prs Ch. Reynaert et P. Janne, le service s'est introduit dans le monde américain et publie actuellement en anglais.

Les recherches du service ont également porté sur la philosophie des sciences, en particulier sur l'épistémologie de la psychiatrie. On l'a mentionné plus haut, le statut de la psychiatrie la situe entre les sciences objectives, par son enracinement dans la biologie du cerveau, et les sciences humaines par son enracinement dans le langage et la culture. Trop souvent, les écoles de psychiatrie adoptent une position réductrice, ramenant tout le psychisme tantôt au seul fonctionnement cérébral, tantôt au seul système linguistico-culturel. Sous l'impulsion du Pr L. Cassiers, plusieurs membres du service de psychiatrie ont fourni un considérable travail de recherche avec la collaboration du Pr J. Ladrière, de l'Institut de philosophie, pour tenter de construire un modèle du psychisme qui évite ces écueils réducteurs. Le résultat le plus abouti de ces recherches a pris la forme de la thèse d'agrégation présentée par le

Pr Ph. Meire en 1994, où il présente un modèle non dépassé actuellement du psychisme et de ses altérations possibles. Les retombées de ce travail théorique ne sont pas seulement cliniques, en permettant d'élaborer des stratégies plus rationnelles des traitements, mais aussi éthiques en permettant de concevoir la place de la liberté dans le psychisme humain, même altéré par la maladie mentale. Les dimensions éthiques de la médecine prennent une importance croissante, on le sait. En psychiatrie, ces dimensions sont plus prégnantes encore, car la maladie atteint le siège même de la conscience et de l'éthique. Les malades mentaux sont toujours en risque d'être les victimes du mépris de leurs semblables. Il n'est pas prétentieux de dire que le travail de conception effectué par les membres du service donne les outils intellectuels qui permettent de restaurer leur honneur.

Il faut admettre, par ailleurs, que le service de psychiatrie est resté en retrait des recherches concernant la biologie moléculaire et la génétique du cerveau, dans leurs effets psychiatriques. Divers efforts ont cependant été tentés dans ce sens, par exemple avec des chercheurs travaillant au Pet Scan (caméra à positrons). Faute cependant d'avoir pu se doter d'un laboratoire spécialisé et d'un environnement suffisamment porteur, les quelques chercheurs que nous avons formés dans ces domaines nous ont quittés pour poursuivre leur carrière aux Etats-Unis ou dans d'autres centres étrangers. Ce sera donc là une des tâches que devra affronter le service dans les années qui viennent.

Poser le bilan des 50 dernières années ne serait qu'un exercice un peu narcissique s'il ne nous tournait pas vers l'avenir. Il appartient à mon successeur (1995), le Pr J.-P. Roussaux de le présenter ici.

Bruxelles, avril 2001

Actualité et avenir de la psychiatrie à l'UCL

par le Pr Jean-Paul Roussaux

La psychiatrie aujourd'hui

La psychiatrie se définit comme cette partie de la médecine dont l'objectif spécifique est le malade mental. Autour de ce cœur, se sont agglutinées depuis longtemps d'autres pathologies comme les démences séniles, les troubles anxieux, l'alcoolisme et la toxicomanie et plus récemment les affections dites psychosomatiques ou encore les abus sexuels. La psychiatrie est-elle la victime de son succès (tout relatif !) dans son champ préférentiel (autologique comme le désignait A. Kronfeld) ou bien s'agit-il plutôt d'un mouvement de nos sociétés

occidentales contemporaines qui tend à confier à la psychiatrie la gestion de l'humain en médecine ?

Dans sa compréhension et ses interventions, la psychiatrie actuelle est une entreprise remarquablement complexe, qui utilise des registres d'observation et des moyens thérapeutiques très variés. En particulier, elle se caractérise par l'utilisation massive de médicaments psychotropes dont l'efficacité bien qu'indubitable, reste limitée (en général 30 % de mieux que le placebo) et peu spécifique. La prévalence actuelle de ce mode de traitement, soutenu par des impératifs commerciaux, induit un type de recherches empiriques sur le cerveau qui aujourd'hui n'a pas encore porté de fruits déterminants.

Le deuxième moyen d'intervention de la psychiatrie est celui du psychique lui-même, c'est le domaine des psychothérapies. Il y a là une foison de modes d'intervention possibles mettant en jeu des théories, des paradigmes ou des pratiques parfois antinomiques, mais qui néanmoins peuvent trouver leur place respective dans des indications précises. Celles-ci sont déterminées soit par le diagnostic de départ (une phobie se traite efficacement par une psychothérapie individuelle analytique ou comportementale), soit par des moments évolutifs différents d'une même affection (des entretiens systémiques de couple seront utiles au moment de l'éclatement de la crise, alors que la psychothérapie individuelle sera plus efficace pour un travail en profondeur dans la phase subaiguë).

Enfin, la psychiatrie contemporaine est massivement concernée par la dimension sociale des affections psychiatriques : nous avons pu identifier des déterminants sociaux de la maladie (pensons à la maltraitance), étudier l'inscription sociale de celle-ci (la toxicomanie), tenter de diminuer l'exclusion qui y est liée (la schizophrénie déficitaire). La mission sociale confiée à la psychiatrie est aussi de "gérer" le malade mental dans des lieux appropriés comme l'atteste la loi de 1990 sur la protection de la personne du malade mental. C'est au niveau de l'inscription sociale institutionnelle que l'évolution est la plus frappante : réduction des grands asiles concentrationnaires pour faire place à un traitement ambulatoire ou en petites unités mieux adaptées, proches des lieux de vie habituels du patient et intégrées dans le réseau général de soins.

Ce tableau de l'activité psychiatrique actuelle et de ses modalités variées apparaît comme une opportunité de pouvoir offrir une prise en charge "sur mesure", adaptée aux besoins du patient, mais aussi un double danger : d'une part celui de mettre sur pied un système totalitaire ("tout de vous nous concerne") et d'autre part

celui de promouvoir une clinique trop limitée au seul symptôme comme l'attestent les multiples cliniques, dites des assuétudes, des troubles alimentaires, de la mémoire, d'algologie, etc. Mais peut-être s'agit-il là des deux faces d'un même problème : celui de la déshumanisation potentielle de la psychiatrie.

Quel avenir pour la psychiatrie ? *

Très vraisemblablement, à moyen terme, la psychiatrie continuera sa progression dans les voies ouvertes actuellement. Au niveau institutionnel clinique, les services psychiatriques des hôpitaux généraux seront encore renforcés dans leur double spécificité fonctionnelle : d'une part, la psychiatrie d'urgence et de crise et d'autre part, la psychiatrie de liaison (adressée aux patients hospitalisés ou consultants dans les services non-psychiatriques). Les fonctions d'hospitalisation (toujours de durée plus brève) et de consultations sont quant à elles partagées respectivement avec les hôpitaux (exclusivement) psychiatriques et avec les services de santé mentale ou encore les psychiatres en exercice privé. Ces deux dernières fonctions ne connaîtront donc pas à l'hôpital général un essor comparable aux deux premières (urgence et liaison). Dans l'hôpital psychiatrique, la fonction d'hospitalisation continuera à se cliver entre une hospitalisation aiguë et subaiguë et des formes à la fois plus longues et moins encadrées (donc moins coûteuses) de séjours, comme les maisons de soins psychiatriques et les habitations protégées.

L'ensemble de ces institutions devront obligatoirement pratiquer une concertation de réseau afin de présenter au patient une palette coordonnée de recours institutionnels au mieux adaptés à sa pathologie.

Du point de vue de l'enseignement, il apparaît essentiel que l'université puisse continuer à offrir aux étudiants une formation théorique et clinique diversifiée qui intègre ces différentes modalités de pratique de la psychiatrie, en évitant de se refermer sur la seule clinique hospitalière. Il conviendra de définir dans ce contexte le rôle du médecin psychiatre, au sein de l'équipe pluridisciplinaire, en se gardant à la fois d'en faire un simple prescripteur de médicaments, mais aussi d'en faire le coordinateur obligé qui détiendrait tous les pouvoirs et s'épuiserait dans ce rôle de gestion.

Au niveau de la recherche, indispensable à l'identité universitaire de l'APSY-UCL, deux domaines paraissent devoir être privilégiés. Tout d'abord l'évaluation des pratiques cliniques empiriques, y compris la psychothérapie, concernant des modalités spécifiques de traitement pour des groupes de patients définis. Dans cette démarche, une prise en compte de la dimension culturelle, sociale et familiale des pathologies apparaît de la plus haute importance afin de garantir une réelle scientificité qui appréhende la pathologie dans toute sa complexité. En particulier, nos activités cliniques de coopération dans les pays en voie de développement devront être soumises à un travail approfondi de réflexion et d'évaluation.

* Les textes prospectifs ne se rapportant pas à l'histoire du siècle passé sont mentionnés en plus petit caractère.

L'autre domaine à privilégier est celui de la neurobiologie fonctionnelle du cerveau humain. Le travail sera là aussi très complexe et associera le psychiatre au neurologue, au psychologue, au généticien, au biochimiste... Malheureusement aujourd'hui, malgré d'indéniables succès de la pharmacothérapie ou de l'imagerie médicale, il apparaît quasi impossible de prévoir où et quand se fera une avancée décisive ou même significative dans ce domaine.